



請打字或以原子筆或鋼筆填寫

兒童姓名	
兒童的出生日期	
兒童的社會安全號碼 (必須填寫)	
兒童的麻州醫療補助(MassHealth) 號碼 (必須填寫)	
兒童的保險種類: (<i>Standard</i> 、 <i>Premium Assistance</i> 、 <i>CommonHealth</i> 等)	
兒童的性別	女 男 (請圈出)
郵寄地址	
城市	
郵政區號	
父母/監護人姓名	
喜歡使用的口語	
喜歡使用的書面語	
父親或母親電話號碼:	
父親或母親電話號碼:	
父親或母親電郵地址:	

你需要獲得由一名醫生或心理學家所提供的自閉症障礙症候群書面診斷書。

該兒童是否被確實診斷患上自閉障礙症候群 (Autism Spectrum Disorder)? 是 否

請列出其他影響你孩子的相關醫療、認知或精神狀況:

申請指引:

- 所有表格的郵戳日期或日期章必須是在 2013 年 10 月 7 日至 10 月 18 日之間
- 緊記填妥全份表格
- 請用鋼筆或原子筆，以正楷書寫及簽名
- 只接受為每名兒童遞交的申請表一份; 發展服務署將取消所有重複的申請表格
- 必須在公開申請時段內完成申請，方會被考慮參與“自閉症豁免收費計劃”的資格審核程序
- 請把申請表郵寄至:

DDS Autism Division
Att. Autism Waiver Open Enrollment
500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

本人已按本人所知，準確地和真實地填妥此表格。

簽名:

日期: